

# L'enfance chez les auteurs de crimes sexuels ; une étude rétrospective

## *Childhood in sex offenders ; a retrospective study*

**G. Hadi<sup>1</sup>, P. Linkowski<sup>2</sup> et S. Leistedt<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Service de Psychiatrie, C.H.U. Brugmann, <sup>2</sup>Service de Psychiatrie, Hôpital Erasme, ULB,

<sup>3</sup>Service de Psychiatrie, Centre Régional de Soins Psychiatriques Les Marronniers, Tournai

### RESUME

#### *Introduction :*

*Cette étude rétrospective et observationnelle se base sur une hypothèse de travail postulant que les délinquants sexuels auraient évolué dans une dynamique familiale pathologique comprenant des dysfonctions éducatives et/ou des éléments traumatiques. Les buts de cette étude sont de mettre en évidence les perturbations familiales qu'ils auraient subies durant l'enfance, d'élaborer une typologie actuelle de ces délinquants en défense sociale et de proposer une réflexion sur les éléments qui ont permis leur passage à l'acte.*

#### *Méthodes :*

*Deux groupes ont été sélectionnés. Le groupe de patients est représenté par 31 AICS (Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel) choisis aléatoirement en Défense Sociale belge en 2013 et ayant répondu à un questionnaire. Ce groupe a été comparé à un autre groupe de 31 patients ayant répondu au même questionnaire anonyme dans la salle d'attente d'un médecin généraliste. Ce questionnaire a été inspiré de la Child Behavior Checklist qui est utilisée pour mettre en évidence des comportements pathologiques de l'enfant et de l'adolescent. Les questions étaient donc ciblées dans leur passé, lorsqu'ils étaient enfants et adolescents.*

#### *Résultats :*

*Le test anova ( $p < 0,00063$ ) montre une différence significative des scores entre les deux groupes pour les questions fermées. En effet, le groupe d'AICS présente un score plus élevé dans les paramètres scorés des réponses fermées (plus d'abus sexuels, plus de toxicomanies, etc.). Pour les pédophiles, l'étude a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs qui orientent la pulsion sexuelle préférentiellement vers l'enfant plutôt que vers l'adulte. Les violeurs de femmes adultes semblent présenter davantage de traits*

### ABSTRACT

#### *Background :*

*This retrospective and observational study is based on the hypothesis that sex offenders have experienced trauma and/or educational dysfunction which have a responsibility in their crimes of sexual type. The purpose of this study is to highlight these disturbances, develop a typology of sex offenders and offer a reflection on elements which allowed their acting out.*

#### *Methods :*

*Two groups were selected. A group of 31 patients having committed criminal offences or murders and having been determined as mentally irresponsibles of their act (" Défense Sociale " in Belgium). This group was compared to a group of 31 patients consulting a general practitioner. A survey and a personal interview were used. Most of this questions came from Thomas Achenbach's Child Behavior Checklist (this questionnaire highlight psychiatric disorders or pathological behaviors in childhood). The inclusion criteria were : male patients major in social defense ; single or series rape(s) (accompanied or not by murder) ; incest ; pedophilia ; intelligence quotient greater than or equal to 80 (determined by the scale WAIS).*

#### *Results :*

*The anova test results showed a statistically significant difference between the two groups ( $p < 0,00063$ ). Several different profiles of rapists were established.*

#### *Conclusion :*

*Indeed, patient group shows more trauma such as sexual abuse (9.8 times more) and physical abuse (3.1 times more) than the control group. Three factors were identified as a condition to an achieved rape : a pathological family dynamic, impaired impulse control and an empathic deficit.*

**sadiques. Différents profils d'AICS ont pu être établis.**

**Conclusion :**

**Le passage à l'acte du viol met en évidence sur les patients de l'étude trois facteurs nécessaires à son déroulement : une dynamique familiale pathologique, des troubles du contrôle des impulsions et un déficit empathique. Les résultats de cette recherche pourraient permettre d'apporter des informations concernant les différentes étiologies motivant leur passage à l'acte afin de mieux cibler le traitement pour diminuer le risque de récurrence.**

**Rev Med Brux 2016 ; 37 : 135-44**

**Rev Med Brux 2016 ; 37 : 135-44**

**Key words : sex offenders, childhood, rape, pedophiles**

## INTRODUCTION

Cette étude rétrospective et observationnelle se base sur une hypothèse de travail postulant que les délinquants sexuels auraient évolué dans une dynamique familiale pathologique comprenant des dysfonctions éducatives et/ou des éléments traumatiques durant leur enfance. Les réponses obtenues permettront de comprendre dans quel contexte familial les auteurs ont grandi et quels sont les éléments chez eux qui ont pu favoriser ce type de passage à l'acte. Cette étude a été soumise à l'autorisation du comité d'éthique C.R.P Les Marronniers en 2013.

## METHODES

Cette étude comprend un questionnaire contenant des questions ouvertes et fermées sur l'enfance de ces auteurs actuellement en défense sociale et sur leurs crimes. Les critères d'admission légaux en défense sociale comprennent des faits délictueux ou criminels associés à une déficience mentale ou à une maladie mentale telle qu'elle est définie par le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sur l'axe 1. Le DSM-5 a supprimé l'axe 1, la maladie mentale est dorénavant définie dans plusieurs catégories diagnostiques différentes. Ce questionnaire a été accompagné d'un entretien individuel avec ces auteurs (une à deux heures environ) ainsi que de l'étude de leurs dossiers judiciaires, médicaux, psychiatriques et médicolégaux. Ces 31 AICS (Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel) ont été comparés à 31 sujets contrôles ayant répondu au même questionnaire dans la salle d'attente d'un médecin généraliste.

## RESULTATS STATISTIQUES AUX REPONSES FERMEES

Les différences d'apparition de symptômes ou de critères du groupe de patients AICS versus les patients du groupe contrôle ont pu être comparées avec la mesure du risque relatif (RR). Ce risque relatif mesure le risque de survenue d'un événement d'un groupe (R1) par rapport à l'autre (R2) c'est-à-dire

RR = R1/R2. Les statistiques effectuées dans cette étude sont de type rétrospectives cas-témoins et montrent que ces 31 délinquants sexuels présentent dans leur enfance un score plus élevé :

- De traumatismes avec davantage d'abus sexuels (61,3 % ; RR = 9,81) et davantage de violences physiques (61,3 % ; RR = 2). Les viols se sont déroulés avant la puberté entre les âges de quelques mois à 14 ans (dans le groupe contrôle les rares viols se sont déroulés entre 10 et 14 ans). Deux viols sur les patients violés de l'étude ont été commis par de parfaits inconnus, le reste des viols étaient commis par le père, le frère, l'ami des parents, le professeur, le prêtre, les éducateurs, le directeur d'institution, la mère (tableau 1).
- De symptômes sociopathiques et de troubles oppositionnels (42 % ; RR = 2,60) ;
- De symptômes dépressifs (41,4 % ; RR = 2,4) ;
- D'impulsivité (49 % ; RR = 2,13) ;
- De profils psychopathiques : score de 34 % dans l'étude (RR = 2) ;
- De toxicomanie (toutes drogues confondues) (42 % ; RR = 2,0) ;
- De profils introvertis présentant de la timidité, de l'alexithymie, un attrait pour la solitude et une plus grande dépendance aux adultes (51,5 % ; RR = 1,94) (tableau 2) ;
- De paraphilies : pédophilie (score de 90 %), frotteurisme (score de 90 %), fantasmes intra-familiaux avoués (score de 10 %), exhibitionnisme (score de 6 %), travestissement (score de 6 %), sadisme (score de 6 %), voyeurisme (score de 3 %) et fétichisme (score de 3 %) (tableau 3).

Les préférences sexuelles des patients de l'étude révèlent plus d'orientations homosexuelles (35,5 % ; RR = 11,1) et bisexuelles (22,6 % ; RR = 7,1) par rapport au groupe contrôle (ces préférences ont été prises en compte uniquement si elles étaient présentes pendant et préalablement à la défense sociale) :

- la proportion de patients homosexuels de l'étude violés pendant leur enfance est de 90 % et violentés pendant leur enfance est de 72 % ;
- la proportion de patients bisexuels de l'étude violés pendant leur enfance est de 57 % et violentés

**Tableau 1 : Caractéristiques des abus subis.**

	Groupe patients	Groupe contrôle	Remarques
Abus sexuels	61,30 % (19)	6,45 % (2)	RR : 9,81
Abus physiques	61,30 % (19)	19,35 % (6)	RR : 3,17
Âges des victimes	Nouveau né à 14 ans	Entre 10 et 14 ans	Le groupe des patients a été victime plus jeune
Auteurs de viols	Père, frère, amis des parents, professeur, prêtre, éducateurs, directeurs d'institution, inconnus, mère	Sphère proche dont un par sa mère	Les violeurs du groupe contrôle vivaient dans une sphère plus intime de leurs victimes que les violeurs des patients

**Tableau 2 : Les troubles relevés dans l'enfance.**

Comportements relevés dans l'enfance :	Groupe patients	Groupe contrôle	Remarque
Sociopathie et troubles oppositionnels	42 %	16,12 %	RR : 2,61
Symptômes dépressifs	41,4 %	17,25 %	RR : 2,40
Impulsivité	49 %	23 %	RR : 2,13
Traits psychopathiques	34 %	17 %	RR : 2,0
Toxicomanies (tous genres)	42 %	21 %	RR : 2,0
Introversion	51,5 %	26,61 %	RR : 1,94

**Tableau 3 : Les paraphilies rencontrées.**

	Groupe patients	Groupe contrôle
Paraphilies	Pédophilie, frotteurisme, fantasmes intrafamiliaux, exhibitionnisme, travestissement, sadisme, voyeurisme, fétichisme	Fétichisme, domination

pendant leur enfance 100 % (tableau 4).

Dans le groupe contrôle deux patients ont avoué avoir eu des fantasmes sur des enfants :

- le premier présentait comme particularité une enfance avec un père violent et une mère dépressive. Il décrivait également une orientation sexuelle de type homosexuelle ainsi que des attouchements/viols subis entre 13 et 14 ans ;
- le second présentait comme particularités une enfance insécure (avec fugue), des attouchements/viols répétés entre 10 et 13 ans par un membre de la famille et une orientation hétérosexuelle.

## RESULTATS AUX REPONSES OUVERTES

L'âge moyen des patients de l'étude au moment de l'étude est de 53,2 ans. L'âge moyen de leur première confrontation avec la justice était à 29 ans. L'intervalle des âges des patients inclus dans l'étude se situait entre 21 et 76 ans. Dans cette étude la grande majorité des délinquants sexuels se sont avérés être des pédophiles (93,5 % des patients). 44,8 % de ces pédophiles ont avoué avoir eu des pulsions sexuelles vers les enfants depuis leur adolescence. Cette étude n'a pas choisi de prendre une plus grande proportion de pédophiles plutôt que de violeurs de femmes majeures. La proportion de patients pédophiles dans cette étude est représentative du nombre de pédophiles en défense sociale. Les distorsions cognitives accompagnant un passage à l'acte quel qu'il soit contiennent toutes les perceptions mentales incorrectes de la réalité sous formes de croyances, de pensées erronées ayant une responsabilité dans leur passage à l'acte. Nous en retrouvons quelques-unes chez ces patients agresseurs d'enfants<sup>1</sup> telles que la minimisation qui est une diminution de la gravité des conséquences de leurs actes (à différencier du mensonge) : 14 % des

**Tableau 4 : Les traumatismes subis dans l'enfance en fonction des orientations sexuelles.**

Orientations	% Patients	% Groupe contrôle	Abusés sexuellement	Abusés physiquement	% de pédophiles
Homosexuelle	35,5 % (11)	3,2 %	90 %	72 %	100 %
Bisexuelle	22,6 % (7)	3,2 %	57 %	100 %	100 %
Hétérosexuelle	41,9 % (13)	93,55 %	38,5 %	38,5 %	84,6 %
Groupe contrôle	0 %	100 % (31)	6,45 %	19,35 %	< ou = à 6,45 %

patients, le déni du viol qui lui-même est expliqué plutôt comme une initiation à une sexualité bienfaisante et de qualité avec une personne expérimentée incarnée par le pédophile : 14 % des patients (que des profils psychopathiques). Néanmoins, il est complexe de juger s'il s'agit ici de distorsions cognitives réelles étant donné la volonté des auteurs de minimiser leurs faits d'un point de vue moral et ainsi de donner des réponses socialement souhaitables<sup>2</sup>.

Les auteurs psychotiques de l'étude évoquent une perception de la réalité tout à fait modifiée : " les petites filles étaient en fait des femmes qui se transformaient en petites filles pour venir m'aborder ". Les deux psychotiques de l'étude sont schizophrènes de type paranoïde et ne seront pas discutés dans ce travail.

## LES PROFILS D'AICS ETABLIS

### Profil inhibé et immature

Certains de ces profils semblent être associés à un axe 2 dépendant avec au moins un parent envahissant, contrôlant et/ou hyperautoritaire. Les raisons évoquées chez eux pour expliquer leur attirance envers les enfants sont : " aucune explication " ni à leur crime ni à leur fantasme, les adultes seraient trop " agressifs " et feraient " peur ". D'autres prétendent que leur fantasme serait né puis disparu le temps des viols sans jamais être précédés de fantasmes pathologiques avant le passage à l'acte. Enfin, certains se sont dits émus par certaines caractéristiques affectives de l'enfant. Parfois, ils se justifient en expliquant que leur attirance pour les enfants serait due aux viols qu'ils ont subis lorsque eux-mêmes étaient enfants. Enfin, une partie non négligeable des patients de cette étude expliquent qu'ils sont attirés sexuellement par les enfants depuis toujours sans savoir pourquoi.

### Profil traumatisé - dépressif

Une majeure partie possédait une dépendance à une ou plusieurs substances à l'époque des viols. Les raisons qu'ils ont évoquées pour expliquer leur attirance envers les enfants sont : relatives aux viols qu'ils ont subis lorsque eux-mêmes étaient enfants, une volonté de nuire à la société qui ne les a jamais aidés durant leur enfance lorsqu'ils étaient en difficulté familiale, aucune explication à leurs crimes et enfin certains ont évoqué des éléments dépressifs dans un contexte de solitude et/ou accompagné de carences affectives sévères.

### Profil psychopathique

Certains sont majoritairement facteur 1 (manipulateur et pervers). Ici le viol est nié et plutôt expliqué comme une initiation à une sexualité bienfaisante de qualité avec une personne expérimentée. Le facteur 1 semble davantage contrôlé que le facteur 2, plus calculateur, plus pervers et moins opportuniste. Ceci

témoignant (chez le facteur 1) d'un seuil d'impulsivité plus haut que le facteur 2 (sociopathes)<sup>3</sup>. D'autres, plus nombreux, sont majoritairement facteur 2 (sociopathes) : eux se disent avoir été formés à violer par ceux qui les ont violés. Ils sont impulsifs, opportunistes, moins contrôlés et moins intelligents que les facteurs 1. Le seul profil majoritairement sadique a prétexté une pulsion sexuelle à assouvir, un désir de contrôle absolu et un besoin de destruction. Aucun de ces trois profils n'a éprouvé de remords. En entretien, ils ne semblent pas être capables neurologiquement et physiquement de ressentir la souffrance de l'autre.

### Les débiles mentaux

Malgré avoir effectué un tri préalable à l'étude, un patient a présenté une limitation intellectuelle majeure pendant l'entretien. Son passage à l'acte représente l'assouvissement immédiat d'une pulsion sexuelle pure et simple sans profil psychopathologique sous-jacent pouvant expliquer l'acte en question. Il présente une grande immaturité, un rapport infantile à la réalité et une absence de capacités cognitives lui permettant d'imaginer les conséquences de son passage à l'acte. Ce patient n'a pas été pris en compte pour l'étude mais représente néanmoins la grande majorité des délinquants sexuels en défense sociale au moment de l'étude.

## DISCUSSION

### Concernant la genèse de ces profils psychopathologiques et l'élaboration de leurs fantasmes paraphiliques

#### *Le profil inhibé et immature*

Ce profil inhibé dans l'étude semblerait être lié à la présence d'une entrave au développement personnel de l'enfant dans la constitution d'un mental adulte. Ces entraves pourraient être permises par la présence omnipotente d'un adulte écrasant (qu'il soit père et/ou mère).

Quels sont les facteurs communs à toutes ces formes familiales du profil inhibé ? Ils présentent une crainte des relations sociales s'établissant en dehors du noyau familial avec préservation de celui-ci dans la plus grande intimité favorisant la proximité et l'envahissement des territoires de l'enfant. D'où l'intérêt d'intervenir dans de telles familles de manière à l'ouvrir aux interactions sociales extérieures permettant aux enfants de s'identifier à leurs pairs, de s'individualiser, de se préparer à une séparation parentale nécessaire et également de générer des fantasmes extra-familiaux. L'enfant inhibé présentera des caractéristiques plutôt introverties, fuyant, se confiant peu et parfois même en régression (de par sa dépendance extrême aux adultes). En effet, cet enfant n'a pas besoin de s'exprimer puisque sa mère le fait à sa place ou puisque son père ne lui laisse pas de possibilité de le faire. Il ne reste alors plus de place pour l'expression de sa personnalité propre qui deviendra effacée et

immature. Nous retrouvons dans ce cadre des enfants qui n'ont pas fait de crises d'adolescence nécessaires à la séparation parentale et à l'affirmation de soi. Ces enfants ont souvent eu des difficultés scolaires. Par ailleurs, dans la majorité des cas ici, il restera un champ libre à l'enfant qui ne pourra être envahi ; il s'agit de sa sexualité (sauf dans un climat incestueux). En pratique, l'enfant inhibé pourra trouver une certaine liberté d'action dans le domaine sexuel qu'il risque d'hypersolliciter de manière pathologique et proportionnellement à l'envahissement qu'il ressent de la part de son parent écrasant. Cette sexualité surinvestie pourrait donner lieu à une hypersexualité compulsive voire violente et mener aux viols. Dans ces situations nous découvrons parfois des mères incestueuses et perverses.

D'où surgirait l'élaboration des fantasmes pédophiliques dans ce profil ? À l'âge adulte son immaturité ne lui permettra pas d'obtenir l'envie de s'intéresser aux femmes de son âge (qu'il comparera parfois à sa mère autoritaire et agressive) et l'assurance nécessaire pour les aborder. Il se tournera préférentiellement vers les enfants (de manière spontanée) qui correspondront mieux à son état mental, pas dans un contexte pervers mais d'immaturité. Son manque de maturité serait aussi impliqué dans son déficit empathique ainsi que dans son manque d'inhibition de ses comportements paraphiliques. Un enfant est très mal inhibé par les possibles conséquences négatives de ses actes. En effet, le lobe frontal (responsable du contrôle de ses impulsions) est la dernière zone à se développer chez les adolescents ceci expliquant en partie leur désinhibition. Aussi, certains profils inhibés peuvent présenter à l'état adulte une frustration permanente liée à un sentiment d'infériorité avec médisance, envie, jalousie d'autrui accompagnés d'une forme d'agressivité passive. Ce type de profil présente un passage à l'acte plus opportuniste que les autres avec un choix de victimes dans la sphère proche et aucune remise en question personnelle. Cette absence d'explications et de regrets peut confondre avec une structure antisociale. Néanmoins, ils ne présentent aucun élément pouvant correspondre à la manipulation du facteur 1, à la multiplicité des délits du facteur 2 ou aux comportements sadiques du TPS (Trouble de la Personnalité Sadique). Le seul élément perturbant réside dans leur paradoxal " sens grandiose du moi " qui ne serait a priori qu'une défense visant à rehausser l'image d'eux-mêmes se sentant inférieurs aux autres. Ils peuvent néanmoins user de la violence avec leur(s) victime(s) tout comme les psychopathes.

#### *Le profil traumatisé et dépressif*

Les patients qui n'ont pas été violés (seulement 14 % de ces profils traumatisés) ne semblent pas avoir intériorisé les limites d'autrui. Les patients de l'étude traumatisés qui ont été violés dans leur enfance (86 %) présentent un changement de comportement avant et après les viols qu'ils ont subis. Ces patients ont généralement été violés de nombreuses fois. Avant les viols subis ils sont généralement discrets, avec une

enfance banale puis une fois traumatisés par les viols qu'ils ont subis deux types de comportements différents semblent se profiler :

- un comportement sociopathique avec diverses délinquances. Ce comportement peut aussi être associé à un trouble dépressif majeur, qui lui-même peut être associé à des comorbidités comme l'alcoolisme (favorisant la désinhibition des actes criminels) ;
- le deuxième comportement présenté (après les viols subis) est davantage dépressif, constitué par des affects à sub-minima alternants avec des périodes dépressives majeures, se rapprochant d'un PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*). Il est accompagné d'un moi altéré par une faille narcissique post-traumatique, de toxicomanie, d'impulsivités sporadiques et de pédophilie.

Comment explique-t-on ici ce lien entre dépression et paraphilie ? La sérotonine intervient entre autres choses dans l'inhibition des pulsions (auto) destructrices, l'évitement de la punition et le rapport à la souffrance. Chez l'animal, une carence en sérotonine dans le cerveau montre qu'il cède à toutes ses pulsions peu importe les conséquences de ses actes. L'homme dépressif serait donc moins inhibé par les conséquences judiciaires relatives au(x) viol(s) qu'il commet. La carence en sérotonine cérébrale peut être liée à l'agressivité, à la violence, à la désociabilisation, au suicide et au meurtre<sup>4</sup> : la diminution de 5HIAA (Acide 5-Hydroxy- Indole-Acétique) dans le LCR des patients suicidés ou ayant commis des filicides en est une preuve). Néanmoins, il existe plusieurs récepteurs différents de la sérotonine, tous ces récepteurs ayant probablement des actions différentes relatives à l'état dépressif et dont la localisation cérébrale pourrait aussi jouer un rôle différent. Le futur nous éclairera sur les propriétés de chaque récepteur sérotoninergique, dopaminergique et noradrénergique. Cette association entre dépression et paraphilie serait également appuyée d'un point de vue neuro-biologique : une fonction sérotoninergique diminuée participerait de manière directe à la pathophysiologie des paraphilies dont la pédophilie<sup>5</sup>. D'où viendrait l'élaboration des fantasmes pédophiliques chez ces dépressifs traumatisés de l'étude ? Selon leurs explications et les entretiens effectués, il s'agirait principalement de la colère ; l'enfant ne semble pas être visé particulièrement mais davantage la société qui ne les a jamais aidés lorsqu'ils vivaient des situations psychologiquement éprouvantes en étant enfant. Enfin, il peut aussi s'agir d'un contexte dépressif particulier.

#### *Le profil antisocial (dont 50 % ont été violés)*

L'axe 2 antisocial figurant dans le DSM IV regroupe deux entités décrites dans la littérature : le facteur 1 (mesurant les composantes affectives et interpersonnelles) et le facteur 2 (mesurant la sociopathie) dont le degré (l'intensité du trouble) peut varier de 0 à 40 sur l'échelle PCL-R de Hare. Une troisième variante du trouble antisocial se rapproche du facteur 1 et du facteur 2. Il s'agit du TPS<sup>6</sup> (trouble de

personnalité sadique) pas officiellement répertorié comme étant une variante du trouble antisocial, mais qui a néanmoins déjà été souligné par certains cliniciens depuis de nombreuses années. Le DSM-5 classe la personnalité antisociale dans le cluster B des troubles de la personnalité et n'évoque pas l'existence d'un trouble de personnalité sadique :

- le facteur 1 présente une manipulation et une perversion morale (sans violences physiques) inégalée par les deux autres variantes du trouble antisocial. Il possède un goût pour la destruction psychique et le contrôle d'autrui. Le facteur 1 ne présente pas aussi souvent que les autres auteurs une enfance traumatisante précoce. Le comportement typique du facteur 1 est peut-être davantage à associer à une disposition neuro-anatomique et fonctionnelle particulière (en partie innée) qu'à des traumatismes précoces. Tout au moins, son intelligence et son degré de perversion semblent négativement corrélés à la violence physique qu'il utilise. Et de manière générale, il semble être la variante la plus intelligente de ces 3 troubles décrits (facteur 1, facteur 2, TPS). Le patient le plus intelligent de l'étude s'est révélé être un facteur 1 ; il prétend n'avoir jamais subi aucune violence d'aucune sorte dans sa vie. Il s'agissait d'un pédophile exclusif de filles (dont le nombre réel de victimes pourrait dépasser la centaine). Il expliquait que devoir user de violences sur ses victimes aurait été un échec total de son plaisir. En effet, l'aspect pervers et manipulateur de son axe 2 avait absolument besoin de rendre ses victimes davantage actrices de son fantasme plutôt que victimes soumises. Par ailleurs, aucune de ses victimes n'a subi de violences physiques ; laisser sa victime en vie pouvait permettre la pérennité de l'agression et donc la pérennité du pouvoir que la situation criminelle lui a conférée. De plus, ses victimes ayant été actrices par un jeu manipulateur et pervers ont dû ressentir bien davantage de culpabilité et de honte, deux sentiments qui nourrissent le pervers à travers les années ;
- le facteur 2, semble lui, présenter davantage d'immatunité et d'anomalies neurologiques comme le suggèrent les anomalies détectées par les EEG faites sur des antisociaux<sup>7</sup>. Ceci pourrait expliquer certaines de leurs caractéristiques comme l'absence de réflexion sur les conséquences de leurs actes, l'énurésie tardive de certains, les échecs de conditionnement par la prison etc. Une particularité intéressante a été trouvée chez le facteur 2 au cours de cette étude. En effet, c'est dans ce groupe de sociopathes que la triade Macdonald<sup>8</sup> fut le mieux représentée quantitativement. Pour rappel cette triade associe la pyromanie (intérêt excessif pour le feu), la cruauté envers les animaux dès le jeune âge et l'énurésie tardive (jusque dans leur adolescence). La violence et les comportements antisociaux retrouvés dans le facteur 2 sont souvent associés à une enfance maltraitante sans cadre strict, dans une famille bi parentale avec les deux parents désinvestis ou monoparentale dont le seul parent ne possède pas l'autorité suffisante pour fixer

des règles et imposer leur exécution. Ces enfances typiques des facteurs 2 pourraient éventuellement être associées à des anomalies génétiques pouvant concerner chacune des enzymes participant à la synthèse ou à la destruction des neurotransmetteurs telles que la monoamine-oxydase, la COMT (catéchol-O-méthyltransférase), la tryptophane hydroxylase<sup>9</sup> etc. Ces anomalies enzymatiques permettraient l'extériorisation de leur impulsivité sous forme de violences sur autrui telles qu'ils l'ont connu (souvent) en étant enfant. Enfin, certaines dysfonctions neurologiques frontales telles que le jeune âge (avec un lobe frontal immature), une atrophie cortico-sous corticale etc. pourraient augmenter cette impulsivité ;

- en ce qui concerne la dernière variante du trouble sociopathique, le TPS a aussi été défini dans le DSM III avant d'être finalement retiré du DSM IV (l'extrême rareté de ce trouble en est probablement la cause). Il n'a pas été réintégré dans le DSM-5. Cette structure sadique comporte une base commune aux deux autres avec un plaisir à la cruauté (physique et morale) surajouté. Il s'agirait d'une forme de plaisir éprouvé à la vision de la souffrance et de la douleur chez l'autre. Le TPS s'attaque préférentiellement à l'adulte et associe ses crimes (lorsqu'il les commet) à de la torture physique. Lorsque ce trouble est ramené à toute la population il reste excessivement rare (il est à différencier de la paraphilie sadique qui est, elle, uniquement sexuelle).

En somme, il est donc probable qu'une enfance désastreuse se greffant sur un cerveau neuro-anatomiquement et fonctionnellement différent<sup>10-14</sup> pourrait permettre la construction d'un moi antisocial et sadique. Par ailleurs, les crimes sexuels commis par des sujets ayant un diagnostic de psychopathie contiennent davantage de caractéristiques sadiques que les crimes sexuels commis par des sujets non psychopathes<sup>15</sup>, ceci plaçant aussi en faveur de l'existence du trouble de la personnalité sadique. De plus, les antisociaux semblent moins touchés par le PTSD même lorsqu'ils reviennent de guerre. Ceci pourrait être en faveur de l'hypothèse selon laquelle leur cerveau serait modifié dès les premières années de vie et se formerait de façon à ne pas être touché par la souffrance d'autrui, se préservant par ce fait aussi de leur propre détresse<sup>16,17</sup>.

L'intelligence, l'intensité de la violence agie ainsi que le degré de sadisme utilisé (psychique ou physique) pourraient être trois facteurs influençant la répartition du trouble antisocial en faveur du facteur 1, du facteur 2 ou du trouble de la personnalité sadique. Néanmoins, l'acting out (le passage à l'acte) fait partie des mécanismes de défenses primitifs qui sont habituellement utilisés par les enfants de moins de 5 ans ; cet argument appuie aussi l'existence d'un caractère immature du facteur 2. La violence utilisée par le TPS semble plutôt être choisie et désirée longuement, l'acting out chez eux ne correspondrait peut-être pas à un mécanisme de défense mais plutôt

comme une manière de se faire plaisir.

Notons que les antisociaux de l'étude (facteur 1, facteur 2 et TPS) prétendent avoir eu une vie sexuelle qui a débuté très tôt (un avant dix ans) et dont ceux qui n'ont pas été violés disent en garder un très bon souvenir. D'où semble venir l'élaboration de leur fantasme pédophilique ? Ils évoquent l'extrême jouissance d'être pour un enfant celui qui a été le plus important et le premier à leur faire découvrir une sexualité qui n'aurait pas pu mieux se passer qu'avec eux. Il s'agit d'une explication à mettre en rapport avec : leur sens grandiose du moi, la possibilité de pouvoir manipuler un enfant bien plus qu'il ne pourrait le faire avec un adulte (raison pour laquelle le facteur 1 aura un intérêt plus important à la manipulation de sa victime plutôt qu'à l'utilisation de la violence pour la contraindre). Il s'agit là de perversion car l'aspect pervers et destructeur de l'acte est augmenté lorsqu'ils choisissent des enfants plutôt que des adultes. Ils présentent par ailleurs une certaine jouissance d'avoir pu prendre l'innocence d'un enfant, ceci pouvant être expliqué par leur attrait pour la destruction (qui est surtout morale pour le facteur 1 et surtout physique pour le facteur 2 et le TPS).

### **Concernant leur passage à l'acte**

Sur dix pédophiles dotés d'un quotient intellectuel normal, la littérature évoque un seul passage à l'acte sexuel. Tous les patients de l'étude se retrouvent dans cette faible proportion de pédophiles qui sont passés à l'acte et se trouvent en défense sociale pour cette raison. Quels sont les éléments psychologiques et neurologiques qui différencient ceux qui passent à l'acte, des pédophiles passifs (en liberté) qui ne passeront jamais à l'acte ? L'étude en question a mis en lumière trois facteurs communs essentiels à tous les auteurs de viols de l'étude et absolument nécessaires au passage à l'acte.

#### *Une dynamique familiale pathologique ; le premier facteur*

Constituée selon les cas :

- De solitude, de rejets, d'abandons, d'indifférence et de traumatismes pouvant participer au dysfonctionnement de leur empathie<sup>18</sup>. Dans l'étude, les abus sur les auteurs ont été commis sur eux à un âge plus jeune que dans le groupe contrôle. Un âge précoce pourrait donc faire partie des facteurs facilitant le passage à l'acte, le traumatisme s'inscrivant dans un encéphale encore immature en pleine structuration.
- D'entraves au développement d'une personnalité autonome et responsable.
- D'envahissement des territoires de l'enfant, ce qui, avec l'absence de règles pourrait perturber sa notion de " limites " et de " respect " d'autrui avec la construction d'un surmoi adéquat.

Tous ces éléments pourraient participer au développement d'une maladie dépressive avec hostilité

et colère. Par ailleurs une dynamique familiale pathologique pourrait aussi contribuer au rejet de l'adulte en privilégiant le lien vers l'enfant plutôt que vers l'adulte (par défaut de maturité ou crainte du monde adulte traumatisant). Aussi, certains patients violés avant 12 ans semblent avoir associé le plaisir sexuel à un déroulement unique et précis mettant en scène les viols répétés qu'eux mêmes ont subis. L'étude n'a pas mis en évidence quels facteurs favorisaient cette association pathologique mais le fait que la victime ait pu éprouver du plaisir sexuel pendant son viol pourrait en être un. Cet argument peut difficilement être prouvé étant donné la difficulté pour une personne à se l'avouer à elle-même. Un seul patient de l'étude confia avoir eu un plaisir sexuel intense durant les viols qu'il a subis à l'âge de 12 ans (les viols avaient débuté dans son enfance vers 7 ans). Enfin la douleur morale liée à ces événements traumatiques pourrait s'accompagner d'addictions diverses y compris l'éthylisme dont le pouvoir désinhibant est communément reconnu par les psychiatres.

#### *L'impulsivité ; le second facteur*

Cette impulsivité est présente chez tous les auteurs<sup>19</sup>. Elle est caractérisée par une absence de projections dans le futur causant un déficit d'inhibition par les possibles conséquences négatives de leurs actes. Néanmoins, les étiologies de cette impulsivité peuvent contenir trop de facteurs différents tels qu'une limitation de QI (quotient intellectuel), une mauvaise intégration des limites (enfance), une immaturité, la présence d'un axe 2 (en particulier antisocial qui lui-même s'inscrit dans des anomalies neuro-anatomiques frontales à l'âge adulte)<sup>20</sup>. Parmi ces pédophiles qui sont passés à l'acte, une proportion majoritaire de patients présente des troubles de l'impulsivité divers (présents tout au long de leur vie). Ces données permettent de penser que le passage à l'acte (chez ce type de patients) serait permis non pas seulement par l'émergence soudaine d'une pulsion mais surtout par l'absence d'inhibition de ces dites pulsions. En effet, en comparant ce groupe de pédophiles actifs à un groupe fictif de pédophiles passifs (qui ne sont jamais passés à l'acte) une caractéristique commune reliant les deux groupes est mise en évidence : l'existence de pulsions sexuelles vers les enfants. Cette caractéristique peut donc être écartée de l'analyse (car commune aux deux groupes). La présence d'une inhibition de leur pulsion participerait alors hypothétiquement aux 9 pédophiles passifs sur 10 à ne jamais passer à l'acte. Ainsi, la désinhibition des pédophiles actifs serait pour eux un facteur favorisant leur passage à l'acte. D'un point de vue neuro-biologique nous pouvons considérer leur zone frontale comme une zone neuro-anatomique pouvant être dysfonctionnelle. En ce qui concerne les preuves neuro-anatomiques, les recherches ont pu montrer que leur cortex préfrontal est bien diminué chez ces auteurs ; cette zone du cortex est associée au contrôle des pulsions, aux prises de décision, à l'apprentissage émotionnel et à l'adaptation environnementale. Dans ce contexte d'incapacité d'inhibition des impulsions, les inhibiteurs de la recapture de la

sérotonine<sup>21</sup> en particulier la sertraline aurait une place tout à fait particulière dans le traitement des paraphilies. Certains neuroleptiques tels que le benperidol malheureusement retiré du marché belge en 2014 a pu se montrer très efficace. Les inhibiteurs dopaminergiques auraient alors un rôle à jouer concernant le non-accomplissement de la pulsion pensée tandis que les IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) auraient plutôt une inhibition chronologiquement antérieure sur le désir d'impulsion via entre autres l'augmentation d'une empathie émotionnelle. L'empathie émotionnelle exerce un rôle d'inhibition sur les comportements agressifs et antisociaux par motivation des comportements pro sociaux. L'effet positif des IRS pourrait jouer un rôle dans la restauration d'une empathie émotionnelle qui favoriserait la prise en considération de la victime et participerait à l'inhibition du viol bien plus en amont que pourrait le faire un inhibiteur dopaminergique. Ceci étant aussi appuyé par un des symptômes de la dépression (souvent déficitaire en sérotonine) se manifestant par un désintérêt complet d'autrui. Ce mécanisme de prise en considération de l'autre viendrait alors en complément de la conscientisation des conséquences de leurs actes au moment des faits (ce qui leur fait aussi défaut). Dans l'étude, l'élément dépressif était effectivement présent pour certains patients. Par ailleurs, des facteurs désinhibants tels que l'alcool et autres substances pourraient aussi jouer un rôle déclenchant. En outre, le DSM IV mentionne que les paraphilies montrent des caractéristiques similaires aux troubles du contrôle des impulsions. Le DSM-5 classe les paraphilies dans une catégorie différente de ce dernier trouble et rapproche le trouble de la personnalité antisociale aux troubles du contrôle des impulsions. L'impulsivité pathologique peut aussi dans certains cas être associée à des lésions du cortex fronto-orbital, ceci pouvant ajouter un argument en faveur de l'étiologie neurologique de l'impulsivité. L'ensemble de ces éléments porterait donc à croire que certains violeurs qui passent à l'acte seraient davantage déficitaires sur le plan de l'inhibition de leurs impulsions plutôt que sur la genèse de pulsions paraphiliques exagérées.

#### *Le déficit empathique ; le troisième facteur*

Les fantasmes de destruction semblent davantage liés au facteur 2 et au TPS dans cette étude tandis que la manipulation et la perversion ont été plus fréquemment rencontrées chez les facteurs 1. Le déficit empathique est une condition nécessaire mais non suffisante pour permettre ce type de passage à l'acte. Pham, Amico, Baruffol<sup>22</sup> ont montré dans une étude sur les délinquants généraux (vols, escroqueries, homicides, etc.) que les moins empathiques s'avèrent être les délinquants sexuels ayant violé des femmes majeures (les incestueux ne faisaient pas partie de cette étude). Les violeurs de femmes majeures seraient donc susceptibles de présenter une structure antisociale plus forte que les autres délinquants sexuels (le choix de ce type de victimes n'étant possible que via l'utilisation de violences extrêmes). L'alexithymie

(difficulté à verbaliser ses émotions) a été étudiée chez les psychopathes qui se révèlent être moins alexithymiques qu'un groupe contrôle<sup>23,24</sup>. Cette étude a mis en évidence qu'ils sont davantage capables de reconnaître et de verbaliser l'état affectif des personnes mais incapables de ressentir eux-mêmes la détresse d'autrui. Deux étapes constituent le processus d'affectivité. La première étape consiste dans la reconnaissance des émotions (qui précède la verbalisation) ; l'empathie dite cognitive, sémantique ou froide pour "comprendre les états mentaux". Sur ce point Pham, Ducrot, Luminet<sup>23</sup> montrent que les sujets psychopathes internés sont plus intelligents dans cette reconnaissance des états mentaux d'autrui que les sujets non psychopathes internés (a fortiori pour les sadiques qui doivent comprendre les signes de détresse de leur victime afin d'éprouver du plaisir et/ou une excitation sexuelle intense). La seconde étape concerne le ressenti de l'émotion (après l'avoir reconnue chez l'autre), cette étape n'existant pas chez les psychopathes qui seraient uniquement capables de ressentir les émotions liées à leur propre personne.

Les expériences récentes de neuro-imagerie fonctionnelle ont permis de mettre en évidence que les psychopathes ne sont pas déficitaires sur le ressenti et l'empathie liés à leur propre douleur. Cependant très récemment (en 2013) la neuro-imagerie a pu montrer que lorsque les psychopathes s'imaginent la peine et la douleur d'autrui, leur score sur l'échelle de Hare était directement proportionnel à l'activation de leur striatum ventral (normalement activé lors des sensations de plaisir)<sup>25</sup>. Ceci impliquerait, d'une part que les psychopathes seraient capables de voir la détresse d'autrui sans la ressentir, et d'autre part, que cette détresse pourrait être utilisée comme source de plaisir.

#### **Concernant les facteurs de risques**

Comment se répartissent les susceptibilités sur les patients de l'étude violés et non violés ? Pour les 38,7 % des patients de l'étude non violés (dans leur enfance) : le fantasme pédophile s'est élaboré dans un profil psychopathologique (inhibé, traumatisé, antisocial etc..) qui lui-même a surgi dans une dynamique familiale pathologique (sauf pour le facteur 1 de la psychopathie). Leur passage à l'acte semble être associé à des défauts neurologiques : impulsivité, manque d'empathie. Pour les 61,3 % des patients de l'étude qui ont été violés : les deux points précédents sont présents (profil psychopathologique et défauts neurologiques) avec de la colère et une forme d'empreinte sexuelle (si les viols ont été répétés, s'ils se sont déroulés avant 12 ans et ont été associés à l'approbation parentale).

D'autres facteurs de risque semblent préférentiellement diriger le choix du partenaire violé (enfant ou adulte). Ces facteurs de risque sont en lien avec des viols subis dans leur enfance, des climats incestueux, une dépression dans un contexte particulier, une immaturité, la déficience intellectuelle,

la présence de carences affectives sévères (liées à un climat d'insécurité et de solitude) et la présence du facteur 1 de la psychopathie. Les facteurs orientant une pulsion sexuelle violente sur personnes majeures semblent être : une structure antisociale qui les empêche de se plier aux normes sociales pour obtenir des relations sexuelles avec des partenaires consentants associée au plaisir sadique de la destruction d'autrui (TPS).

### Concernant les aides thérapeutiques

Les thérapeutiques utilisées sont vastes, elles peuvent cibler les cognitions négatives<sup>26</sup>, l'empathie<sup>27</sup>, concerner la pharmacothérapie<sup>28</sup>. Ces aides thérapeutiques peuvent s'associer à la castration. La castration physique a été supprimée car jugée trop cruelle. La castration chimique avec les agonistes LHRH (triptoréline), l'acétate de cyprotérone, l'acétate de médroxyprogestérone<sup>29</sup> montrent des résultats encourageants mais légèrement moins efficaces que la castration physique concernant le taux de réduction de la récurrence sexuelle. La triptoréline montre une diminution des fantasmes, de la libido, des érections et des éjaculations chez les multirécidivistes de 83 % à 95 % selon les études.

### CONCLUSION

L'étude en défense sociale ne peut pas être considérée comme étant représentative de tous les types d'AICS car si ceux-ci se trouvent en défense sociale, ils le sont suite à un biais de sélection (débilité mentale, existence d'un axe 1 lors de l'expertise etc.). Ce biais de sélection contient parfois uniquement la prise en compte d'un trouble de personnalité. L'univers carcéral renferme probablement une population d'AICS différente, peut-être plus intelligente. Si tel est le cas, le facteur 1 devrait y être davantage représenté qu'en défense sociale ainsi que des auteurs ayant commis des faits plus cruels (trouble de la personnalité sadique), les AICS incarcérés n'étant probablement pas représentatifs des AICS se trouvant toujours en liberté. En effet, les auteurs d'incestes pourraient représenter un nombre non négligeable de ces criminels en liberté (la préservation du noyau familial rendant impossible l'expression des faits) ainsi que les facteurs 1 qui doivent y être encore plus nombreux (aidés par leur intelligence et leur perversion). Au terme de cette réflexion, en réponse à l'hypothèse de travail énoncée en introduction, nous retrouvons effectivement dans cette étude des auteurs de viols qui ont vécu des situations traumatiques comprenant aussi le viol dans 61,3 % des cas. Les dysfonctions éducatives, les traumatismes et les viols qu'ils ont subis dans leur enfance sont supérieurs au groupe contrôle (RR = 9,81). Ces situations traumatiques vécues pourraient donc avoir joué un rôle dans leurs crimes. Par ailleurs, il semblerait que ces auteurs présentent également certaines anomalies neuro-anatomiques ayant une origine dans leur trouble du contrôle des impulsions. Cette impulsivité pathologique est peut-être à mettre en lien avec une forme plus ou moins éloignée d'un

Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité TDAH (qui est lui aussi davantage neurologique que psychologique). Cependant, le fait d'avoir été violé ne se suffit pas à lui-même pour se constituer un facteur de risque à part entière. Le viol agi met en évidence sur les patients de l'étude trois facteurs nécessaires à son déroulement : une dynamique familiale pathologique, des troubles du contrôle des impulsions associés à un déficit empathique. Ces facteurs nécessaires s'inscrivent parfois dans des troubles de la personnalité (axes 2) et peuvent être associés à certains axes 1 (dépressions, abus de substances et rarement schizophrénie). Les taux de récurrences générales ou sexuelles sont très variables selon les études et dépendent souvent de l'existence d'un trouble psychopathologique qui est associé à un risque accru de récurrences générales violentes<sup>30,31</sup>. Les récurrences sexuelles des AICS peuvent varier d'un taux de 70 % (sans castration) à 1 % (avec castration) selon la littérature internationale. En Belgique, une évaluation rétrospective en 2005 expose des chiffres de récurrences sexuelles à 40,6 % et de récurrences générales de 55 % sur une période de suivi de 1.060 jours<sup>32</sup>. Même si la castration chimique n'est a priori pas aussi efficace que la castration physique, elle devrait rester une option obligatoire, exigée par la justice, avec un suivi rigoureux, pour chaque délinquant sexuel multirécidiviste qui se retrouve remis en liberté en particulier chez les antisociaux qui ne semblent pas être changés positivement après l'incarcération. Précisons que la castration chimique est réversible dès l'arrêt du traitement, d'où le risque de récurrence lorsque le traitement n'est pas bien suivi. Par ailleurs, ce travail ne correspondra pas aux pédophiles passifs (qui ne sont jamais passés à l'acte) ; ceux-là ne présentent peut-être pas de structure psychopathologique spécifique si ce n'est la paraphilie en elle-même. Ces pédophiles passifs seraient donc retenus par l'empathie ainsi que par des fonctions neurologiques normales participant à l'inhibition du passage à l'acte. La castration chimique devrait être débutée avant leur libération et être accompagnée de contrôles réguliers des taux hormonaux. Il s'agit ici d'un principe de précaution pour une partie de la société représentée par les enfants et les femmes majeures (l'étude ne comprenait aucun violeur d'hommes majeurs). Enfin, le nombre de profils décrits dans ce travail ne comprend peut-être pas tous les différents types d'agresseurs sexuels existants, le lieu ainsi que le nombre de sujets de l'étude ayant limité leurs descriptions.

Conflits d'intérêts : néant.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Schiza G : L'évaluation des distorsions cognitives chez les agresseurs sexuels. Non publié, mémoire déposé en vue de l'obtention du DESS en psychologie clinique et pathologique. Lille, Université Charles de Gaulle 2004
2. Steve A, Vess J : An evaluation of the bumby rape and molest scales as measures of cognitive distortions with civilly committed sexual offenders. Sex Abuse October 2003 15 : 237-249

3. Cooke D, Michie C, Hart S, Hare R : Evaluating the screening version of the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL : SV) : An item response theory analysis. *Psychol Assess* 1999 ; 11 : 3-13
4. Lidberg L, Tuck JR, Asberg M, Scalia-Tomba GP, Bertilsson L : Homicide, suicide and CSF 5-HIAA. *Acta Psychiatr Scand* 1985 Mar ; 71 : 230-6
5. Bradford JM, Kaye N : the pharmacological treatment of sexual offenders. *Psychopharmacology Committee Newsletter Column*. <http://courtpsychiatrist.com/pdf/pharmacological%20treatment%20sex%20offenders.pdf>
6. Delescluse C, Pham T : Evaluation du trouble de la personnalité sadique en relation avec la psychopathie auprès de patients internés en hôpital psychiatrique sécuritaire. *Encephale* 2005 ; 31 : 683-91
7. Dewolf C, Duron B, Loas G : Recherche d'anomalies électroencéphalographiques chez les patients psychopathes ; étude cas-témoins. *Ann Med Psychol* 2002 Paris ; 160 : 451-5
8. Macdonald JM : The threat to kill. *Am J Psychiatry* 1963 ; 120 : 125-30
9. Volavka J, Bilder R, Nolan K : Catecholamines and aggression ; the role of COMT and MAO polymorphisms. *Ann N Y Acad Sci* 2004 ; 1036 : 393-8
10. Yang Y, Raine A, Lencz T *et al.* : Prefrontal white matter in pathological liars. *Br J Psychiatry* 2005 ; 187 : 320-5
11. Raine A, Ishikawa S, Arce *et al.* : Hippocampal structural asymmetry in unsuccessful psychopaths. *Biol Psychiatry* 2004 ; 55 : 185-91
12. Raine A, Lencz T, Taylor K, *et al.* : Corpus callosum abnormalities in psychopathic antisocial individuals. *Arch Gen Psychiatry* 2003 ; 160 : 1134-42
13. Gregory S, Ffytche D, Simmons A *et al.* : The antisocial brain : psychopathy matters. *Arch Gen Psychiatry* 2012 ; 69 : 962-72
14. Tiihonen J, Hodgins S, Vaurio O, *et al.* : Amygdaloid volume loss in psychopathy. *Abstr Soc Neurosci* 2000 ; 26 : Abstract No. 754-6
15. Porter S, Woodworth M, Earle J, Drugge J, Boer D : Characteristics of sexual homicides committed by psychopathic and nonpsychopathic offenders. *Law Hum Behav* 2003 ; 27 : 459-70
16. Pham T : Psychopathy and traumatic stress. *J Pers Disord* 2012 ; 26 : 213-25
17. Willemsen J, De Ganck J, Verhaeghe P : Psychopathy, traumatic exposure, and lifetime posttraumatic stress. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2012 ; 56 : 505-24
18. Mainardi D : Roots of caring, sharing, and helping. The development of prosocial behavior in children Paul Mussen and Nancy Eisenberg-Berg. *Behav Processes* 1978 ; 3 : 277-8
19. Stein D, Hollander E, Liebowitz M : Neurobiology of impulsivity and impulse control disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993 ; 5 : 9-17
20. Raine A, Lencz T, Bihle S *et al.* : Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000 ; 57 : 119-27
21. Gijs I, Gooren L : Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias : an update. *J Sex Res* 1996 ; 33 : 273-290
22. Pham T, Amico F, Baruffo E : une mesure de l'empathie chez les violeurs incarcérés. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 1997 ; 7 : 91-96
23. Pham T, Ducros C, Luminet O : Psychopathy, alexithymia and emotional intelligence in a forensic hospital. *Int J Forensic Ment Health* 2010 ; 9 : 24-32
24. Pham T : Imagerie mentale et alexithymie chez psychopathes incarcérés. *Thérap Comport Cognit* 1995 ; 5 : 109-16
25. Decety J, Chen C, Harenski C, Kiehl K : An fMRI study of affective perspective taking in individuals with psychopathy : imagining another in pain does not evoke empathy. *Front Hum Neurosci* 2013 ; 7 : 489
26. Marshall, W : Treatment effects on denial and minimisation in incarcerated sex offenders. *Behav Res Ther* 1994 ; 32 : 559-64
27. Pithers, W : Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders' empathy for sexual abuse survivors. *Behav Res Ther* 1994 ; 32 : 565-70
28. Greenberg D, Bradford J, Curry S, O'Rourke, A : A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors. A retrospective study. *Bull Am Acad Psychiat & Law* 1996 ; 24 : 525-32
29. Maletzky B, Field G : The biological treatment of dangerous sexual offenders - A review and preliminary report of the Oregon pilot depo-Provera program. *Aggress Violent Behav* 2003 ; 8 : 391-412
30. Hemphill JF, Hare R, Wong S : Psychopathy and recidivism : A review. *Legal and Criminol Psychol* February 1998 ; 3 : 139-70
31. Rice M, Harris G : Psychopathy and violent recidivism. In K.A. Kiehl & W. Sinnott-Armstrong (Eds.) *Handbook on psychopathy and law* 2013 ; 231-49. New York, Oxford University Press 2013 : 231-49
32. Menghini M, Ducro C, Pham T : Evaluation de la récidive auprès de délinquants sexuels issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone. *Forensic* 2005 ; 5 : 39-48

**Correspondance et tirés à part :**

G. HADI  
 Service de Psychiatrie  
 Hôpital Brugmann  
 Place Arthur van gehuchten 4  
 1020 Bruxelles  
 E-mail : gaelle.hadi@ulb.ac.be

Travail reçu le 24 janvier 2015 ; accepté dans sa version définitive le 27 mars 2015.